THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice PARAT

Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude du Traitement

DE LA

Névrodermite Circonscrite Chronique

(Lichen simple chronique de Vidal)

Président : M. JEANSELME, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	De LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU, BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE (1911-1912)
M. le Docteur TALAMON (1912-1913)
M. le Docteur BRUHL (1913-1914)
M. le Docteur JULES RENAULT (1919-1920)
M. le Docteur HUDELO (1920)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Vénériennes
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE LA

Névrodermite Circonscrite Chronique

(LICHEN SIMPLE CHRONIQUE DE VIDAL)

Il fut un temps où le sujet qui nous occupe aujourd'hui attirait davantage l'attention des dermatologistes. Que l'affection en cause reçut le nom de lichen simple chronique, que d'autres la fissent rentrer dans le cadre de l'eczéma, ou dans celui des prurigos, qu'en dernier lieu on proposât pour elle le terme de névrodermique chronique circonscrite ou celui de prurit circonscrit avec lichénification, il est certain que sa pathogénie et son individualité clinique elle-même donnèrent lieu à de nombreuses discussions.

Notre intention n'a pas été de prendre parti pour l'un ou pour l'autre, et, laissant de côté de propos délibéré cet aspect de la question, notre prétention plus modeste n'a été que de passer en revue toutes les médications de ce genre de dermatoses, médications d'autant plus nombreuses au début qu'elles étaient moins efficaces, sortant peu à peu de l'empirisme à mesure que se perfectionnaient de nouveaux procédés de traitement, sur lesquels nous nous sommes réservés d'insister tout spécialement.

Nous adressons à M. le Dr Hudelo, médecin de

l'Hôpital Saint-Louis, notre maître, l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour les conseils qu'il voulut bien nous prodiguer.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le Dr Montlaur, chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis, pour le précieux appui qu'il nous fournit pour la rédaction de ce travail, non plus que MM. Barcat, Cottenot et Nahan, radiologistes à ce même hôpital, qui nous donnèrent, sur les méthodes de leur ressort, toutes les indications désirables, et qui, en nous communiquant de leurs observations, nous permirent de comparer, sur une échelle plus grande, les résultats des différentes thérapeutiques nouvelles.

Avant d'entreprendre l'étude du traitement lui-même, il nous faut dire un mot de l'historique et de l'histoire clinique de la névrodermite chronique circonscrite. En ce qui concerne cette dernière partie, nous avons fait les plus larges emprunts aux travaux de Brocq sur la question, en cherchant à condenser avec le plus de clarté possible un exposé forcément bref.

HISTORIQUE

Dans la classification que Willan faisait des lichens en 1808, cet auteur rangeait sous ce nom une série d'affections très diverses. Pour lui « le lichen est caractérisé par une éruption intense de papules affectant les adultes, reliée à des désordres internes, se terminant par des croûtes non contagieuses ».

Dans ses cinq variétés de lichens il place, à côté du *Lichen simplex*, les *Lichens agrius*, *pilaris*, *lividus* et *tropicus*. C'est sous le nom de *Prurigo formicans* qu'il décrit l'affection qui devait devenir avec E. Vidal le *lichen simplex chronique*, avec Brocq et Jacquet la *Névrodermite chronique circonscrite*.

A toutes ces variétés Bateman ajoute encore le *lichen circumscriptus* et le *lichen urticatus*.

Rayer, dans son *Traité théorique des maladies de la peau*, accepte la division de ses deux prédécesseurs, mais de plus décrit admirablement les localisations des lichens, leur physionomie spéciale aux parties génitales et relève leur fréquence chez les sujets emportés, irritables, nerveux.

Cazenave, attribuant le lichen à une hyperesthésie de la peau, montre qu'il se comporte de la même

manière que les maladies nerveuses, et Chausit après lui en fait un prurit essentiel, où l'élément nerveux seul de la papille est intéressé.

Devergie sépare difficilement le prurigo du lichen.

Pour Bazin « le lichen coexiste souvent avec d'autres dermatoses ; il peut se transformer en une autre affection ou bien sert de terminaison à une autre affection différente de forme et de modalité pathologique ». Lui non plus ne met pas de clarté dans le groupe confus des lichens.

Quant à Hardy, s'il fait une excellente description des faits connus sous le nom de *lichen et prurit*, il ne les différencie malheureusement pas de l'eczéma.

C'est enfin Hebra qui, dégageant du lichen agrius, des prurigos mitis et formicans, une entité morbide qu'il appelle prurigo, range aussi dans les eczémas tous les faits décrits sous le nom de lichen simplex aigu ou chronique, de lichen circonscrit, etc. La dénomination de lichen est réservée à une seule et unique affection : le *lichen ruber planus* d'E. Wilson.

La très grande majorité des dermatologistes adopte la conception de Hebra qui est celle de l'école de Vienne et de l'école allemande. Il faut arriver à E. Vidal, en 1886 et 1889, pour que soit restauré par ce dernier le *lichen simplex chronique* comme une dermatose nettement différenciée.

Ce ne sera cependant qu'avec les travaux de Brocq et Jacquet, de 1890 à 1896, que la question se précise et prend une tournure nouvelle avec la théorie de la *lichénification*. Ce terme, qui pour Brocq n'a qu'une

signification restreinte, s'appliquant exclusivement aux altérations cutanées consécutives aux traumatismes directs, frottements et grattages, n'est pour lui nullement synonyme du mot plus vague de *lichénisation* employé par Besnier, et ne contient pas non plus certaines lésions lichénoïdes surajoutées à des lésions d'impétigo de Tilbury Fox, lesquelles au contraire pour Sabouraud constituent des cas typiques de lichénification.

Pour Brocq deux ordres de faits sont à considérer :

1° Ceux dans lesquels la lichénification est *secondaire*, se développant sur une lésion cutanée antérieure bien définie ;

2° Ceux où la lichénification est *primitive*, se développant peu à peu sur une peau primitivement saine, du moins en apparence.

Ce sont ces derniers que Brocq et Jacquet décrivent sous le nom de *Névrodermite chronique circonscrite*, de *prurit circonscrit avec lichénification*, synonyme du *lichen simplex chronique* de Vidal.

Avant de passer à l'étude du traitement de cette dermatose, qui est le but de notre travail, nous en décrirons succinctement les symptômes.

SYMPTOMATOLOGIE

Le phénomène initial, qui est en même temps le phénomène capital, c'est le *prurit* : prurit limité en un point quelconque du corps, presque toujours intermittent, revenant souvent le soir après la mise au lit, rarement permanent avec crises paroxystiques.

Ce prurit est d'intensité variable, suivant le mode de réaction et l'impressionnabilité de l'individu, les émotions subies, les excès de table, l'ingestion des mets malsains.

Les téguments restent tout d'abord normaux. Puis peu à peu ils s'altèrent par le grattage, prennent en premier lieu une teinte un peu bistrée et rosée à la fois, et un aspect finement grenu, quand on les regarde de très près. Enfin la coloration fonce, la peau s'infiltre et on arrive à la période d'état, à la plaque de lichénification.

Celle-ci siège avec prédilection sur la nuque, les parties latérales du cou, la partie supérieure et interne des cuisses, les lombes, le pli interfessier, la partie inférieure et externe de la jambe, le scrotum ; les grandes lèvres, les creux poplité et axillaire, la paume des mains et la plante des pieds.

Elle peut affecter la disposition en bandes linéaires, la disposition zoniforme.

Schématiquement la plaque de lichénification comprend trois zones :

1° Une *zone externe*, formant ceinture, couleur café au lait ou brun clair, avec un aspect légèrement velvétique, un quadrillage fin et serré, peu d'infiltration.

2° Une *zone moyenne* où se rencontrent des papules irrégulières de forme et de contour, de volume variant d'une petite tête d'épingle à un grain de millet, roses pâle ou un peu jaunâtres; quelquefois volumineuses, rouges, turgescentes, excoriées ou non ; d'autres fois enfin brillantes, mais sans limites précises, ce qui les différencie des papules du lichen plan.

3° Une *zone interne* ou d'infiltration qui peut exister seule, les deux premières zones faisant défaut, d'une forme générale ovalaire ou allongée, de 6 à 10 centimètres de grand axe, sur 3 à 4 de petit axe, à bord mal définis si la plaque s'étend, pouvant être nettement arrêtés si elle est au contraire stationnaire. La coloration est plus ou moins foncée suivant l'ancienneté de la lésion. L'infiltration est nette à la vue et surtout au palper.

La surface présente deux séries de sillons linéaires parallèles qui se coupent en formant des mailles plus ou moins larges.

Cette plaque centrale se recouvre de squames grisâtres ou gris brunâtres, aux régions qui ne sont

pas macérées par la transpiration. A celles-ci la surface est lisse, alors qu'elle est sèche, rugueuse. cornée, à la paume des mains ou à la plante des pieds.

A la curette on éprouve une énorme résistance des téguments au grattage et l'épiderme ne se soulève qu'au centième ou cent-cinquantième coup, laissant sourdre alors souvent un peu d'exosérose.

MARCHE. — DURÉE. — COMPLICATIONS

La névrodermite chronique circonscrite a une durée des plus variables ; elle est au moins de plusieurs mois et souvent de plusieurs années, lorsque l'affection est abandonnée à elle-même. Elle peut disparaître au bout de quelque temps, mais récidive souvent *in situ* après un intervalle variable, ou se manifeste par de nouvelles plaques.

Elle se complique rarement de pyodermites (impétigo, echthyma, furonculose), plus rarement encore d'eczéma vrai, assez souvent de séborrhéïdes pityriasiques ou psoriasiformes.

FORMES CLINIQUES

Ceci est le tableau clinique de la névrodermite circonscrite primitive. D'autre part elle peut se développer sur une dermatose antérieure, où le prurit et le grattage produisent la lichénification : tel est le cas dans l'eczéma, les séborrhéïdes pityriasiques ou psoriasiformes.

Enfin, en dehors des formes hyperkératosiques, elle peut revêtir des formes anormales formes hypertrophiques rappelant les tumeurs du mycosys fongoïde, chez les enfants en bas-âge surtout ; formes où la lichénification est diffuse sur toute la face, ou bien se localise au cuir chevelu, se greffant sur du pityriasis simplex ou sur des parakeratoses psoriasiformes.

PATHOGÉNIE

Quoi qu'il en soit dans la pathogénie quatre points essentiels sont à considérer :

1° Le prurit est constamment antérieur à l'éruption ;

2° Les malades porteurs de l'affection font presque toujours abus de thé, de chocolat et surtout de café ;

3° La névrodermite chronique circonscrite est le prototype des dermatoses dont l'apparition coïncide avec la disparition de crises viscérales ;

4° Enfin les sujets atteints sont impressionnables à l'excès.

C'est cette nature même des malades, l'antériorité constante du prurit à l'éruption qui justifiaient pour Brocq et Jacquet le nom de névrodermite, avec cette restriction toutefois qu'une telle dénomination n'impliquait nullement une lésion matérielle quelconque du système nerveux central ou périphérique.

Ce terme fut pourtant mal interprété et bien qu'en France Dufour et Moutot, dans les pays anglo-saxons Tomkinson et Dore, en Italie Mibelli et

Vignolo Lutati, en Hollande Schluchtelen, en Allemagne Arning, Arndt, Lipschütz, Herxheimer, présentent ou publient par la suite sous le nom de névrodermites différents cas de lichen simple chronique, la majorité des auteurs, et Brocq lui-même avec eux, s'accordent, pour ne pas préjuger de la pathogénie de l'affection, sur le terme de *prurit circonscrit avec lichénification.*

Enfin Darier, dans son *Traité de Dermatologie*, tout en conservant le nom de prurigos aux affections dans lesquelles la peau réagit soit sous la forme de séro-papules, soit sous la forme de lichénification,les grouperait volontiers sous le terme générique de neurodermatoses.

Si donc dans ce travail nous avons conservé le mot de névrodermite, notre choix fut justifié par le plus de commodité d'une expression, répondant en outre à une indiscutable tendance.

TRAITEMENT

Si nous ne nous sommes pas cantonnés strictement dans la description de la lichénification primitive, c'est que l'aspect clinique et les lésions anatomo-pathologiques des téguments sont absolument identiques ; que la lichénification soit primitive ou secondaire à une autre dermatose, comme nous le verrons, le traitement est le même.

Avant de parler des diverses thérapeutiques employées dans la névrodermite circonscrite, il est bon de noter dans un raccourci les diverses étapes de leur évolution.

Affection chronique, extrêmement rebelle, le lichen simple chronique de Vidal avait épuisé, sans qu'il en fut retiré bien souvent des avantages très nets, toutes les médications usuelles, en tant que lotions, emplâtrer, pommades. La seule médication physique consistait, pour le cas de prurit trop intense, dans les scarifications quadrillées.

Si bien que l'on en était réduit à une sorte de pis-aller en ce qui concernait cette dermatose, pour le traitement de laquelle on combinait les médications classiques dirigées contre la lésion cutanée elle-même, et une thérapeutique s'adressant à l'état

général. Loin de nous l'intention de médire de cette dernière ; nous verrons qu'elle est l'adjuvant nécessaire de la thérapeutique locale ; mais vers la fin du siècle dernier surgirent des agents physiques puissamment actifs, dont on apprit vite à diriger et à doser les effets, et qui accomplirent dans ce cadre de leur action qu'est la dermatologie, une véritable révolution : nous voulons parler d'une part des courants de haute fréquence parmi les applications de l'électricité, d'autre part et surtout des Rayons X et du radium.

Nous passerons donc successivement en revue le traitement général et le traitement local de la névrodermite circonscrite, nous réservant d'insister surtoutsurles résultats obtenus par l'emploi des agents physiques.

I. — Traitement général

Celui-ci, sur lequel nous serons brefs, consiste en deux choses :

1° Eviter tout ce qui peut exciter le système nerveux, par un régime alimentaire bien déterminé supprimant les auto-intoxications ou les intoxications dues à l'abus de substances telles que le café, le thé ou le chocolat, par la régularisation des fonctions intestinales et rénales, par une hygiène bien conduite ;

2° Calmer l'excitation du système nerveux. Les bains calmants de Jacquet à 35, 38 degrés pourront

rendre des services ; mais surtout il faut imposer aux malades une bonne hygiène morale, un repos intellectuel. Souvent un changement d'air (la mer et la haute montagne exceptées) et de milieu facilitera la guérison et la rendra définitive.

Comme stations thermales à conseiller, signalons Néris, Royat, Plombières ; dans le cas d'uricémie, Evian, Vittel, Contrexéville.

Quant aux médicaments internes qui, devant l'insuccès des médications locales étaient autrefois administrés *larga manu*, ils ne sont guère employés. Les résultats obtenus étaient bien souvent médiocres, aussi bien avec la valériane et les valérianates, les bromures, le citrophène et la phénacétine, l'acide phénique, la quinine, la belladone, la morphine, le drosera, le gelsemium, le guaco (nisaméline), l'antipyrine, qu'avec l'arsenic, si longtemps vanté, et trop souvent leur abus ne faisait que surajouter à la lésion déjà existante une éruption médicamenteuse.

Seule l'administration d'huile de foie de morue à doses fortes et longtemps continuées semble être d'un appoint assez précieux, particulièrement chez les sujets lymphatiques.

II. — Traitement local

Etant donné que la névrodermite circonscrite représente parfois chez un même individu l'équivalent de manifestations viscérales (névralgie, neuras-

thénie, asthme, bronchite, gastralgie, colique hépatique, etc.), on conçoit que le traitement local tendant à sa disparition puisse faire craindre le retour d'accidents beaucoup plus pénibles. C'est alors qu'il faut agir avec prudence, soit que l'on se contente de calmer les phénomènes subjectifs par des lotions, des pommades ou des emplâtres protecteurs, soit que l'on s'attaque sérieusement à la lésion cutanée, mais en imposant au malade un régime et une hygiène des plus sévères.

Dans tous les autres cas le traitement local est nécessaire.

On sait que l'élément prurit joue un rôle considérable ; le prurit en effet semble être le point de départ, la raison d'être de la dermatose. C'est donc contre lui essentiellement que la thérapeutique devra être dirigée. Il sera fait recours à deux catégories d'agents : les agents chimiques et les agents physiques.

A. — Agents chimiques

L'abondance des procédés démontre leur peu d'efficacité.

Tout d'abord, si la lésion cutanée est irritée, il est nécessaire de la calmer par des enveloppements humides ou des cataplasmes de fécule.

S'il n'y a pas d'inflammation, le prurit lui-même sera bien diminué par de simples lotions d'eau chaude, aussi chaudes et aussi prolongées que possible. On pourra user aussi des solutions antisep-

tiques : sublimé à 1/1000, nitrate d'argent à 1/50 ou à 1/20, bleu de méthylène à 1/1000 ou à 1/250, acide phénique, etc. Audry prône les bons résultats donnés par les pulvérisations de chlorure de méthyle.

Vers le début du XX^e^ siècle on donna la préférence aux emplâtres qui, tout en exerçant sur les parties malades une action médicamenteuse, les couvrent hermétiquement : tels sont l'emplâtre de Vidal, l'emplâtre à l'huile de foie de morue, les emplâtres à la résorcine, à l'ichthyol, à l'oxyde de zinc, à l'huile de Cade, au goudron.

Si ces topiques restaient inertes, on employait avec précaution les diverses pommades mercurielles à base de calomel, d'oxyde jaune de mercure, les oléates de mercure à 1/20 ou à 1/10, les préparations de goudron, de résorcine, de naphtol, d'ichthyol, d'acide pyrogallique, d'acide chrysophanique, enfin d'huile de Cade. En 1903, Poirier dans sa thèse, recommande d'employer cette dernière à des doses fortes, sous forme de pommades à 10/20 et même à 10/10, en frictions quotidiennes et vigoureuses d'une durée de cinq minutes.

Plus tard, en 1911 et en 1912, Balzer préconise pour le traitement des dermatoses non irritables, parmi lesquelles sont le prurigo avec lichénification et l'eczéma lichénifié, quand elles ont résisté aux préparations habituelles, les bains médicamenteux réducteurs et Gougerot en donne en 1913 les formules et les combinaisons :

Bains cadiques simples ;

Bains au goudron ;

Bains cadiques renforcés (cado-chrysarobiniques et cado-pyrogalliques) ;

Bains sans huile de Cade à base de chrysarobine et d'acide pyrogallique.

Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que, de l'aveu de tous les dermatologistes ayant traité les lichénifications par des pommades réductrices ou par des bains médicamenteux réducteurs, ces agents produisent trop souvent une irritation artificielle.

Si bien que l'on tourne ainsi dans une sorte de cercle vicieux : emploi des préparations réductrices fortes nécessaires pour pénétrer une lésion aussi chronique et aussi infiltrée qu'est le lichen simple de Vidal, et inflammation consécutive surajoutée à cette dermatose pourtant réputée non irritable.

Bref, lorsque l'on a parcouru l'énumération de tous ces procédés, on en retire une certaine impression de découragement. Et cela nous explique la vogue toujours croissante dont ont joui, depuis leur apparition, les nouvelles médications par agents physiques.

Avant de passer à leur étude, qui nous retiendra plus longtemps, signalons pour le traitement local l'utilisation de la neige carbonique, préconisé d'abord par Zeisler de Chicago, puis en Allemagne par Fischel et Heller, dans les lésions bien limitées. Chimique par sa nature même, mais d'action toute physique par suite de sa causticité, elle procède des deux thérapeutiques.

B) Agents physiques

Nous ne dirons qu'un seul mot de la scarification quadrillée employée par E. Vidal le premier, puis par Jacques et Leredde, contre les prurits intenses et rebelles ; de la ponction lombaire préconisée par Thibierge dans le traitement de certaines affections prurigineuses.

Nous arrivons donc de suite aux agents physiques qui se partagent la faveur des dermatologistes : d'une part l'électricité, soit sous forme de franklinisation, soit et bien plutôt sous forme de courants de haute fréquence ; d'autre part la radiumthérapie et la radiothérapie.

A) **Franklinisation.** — La première application de l'électricité statique au traitement des prurits fut communiquée en 1896 par Leloir et Doumer à l'Académie des Sciences. Dans des cas particuliers de névrodermites, ces auteurs déclarèrent qu'assez souvent le bain statique sec calme le prurit ; mais que les résultats sont inconstants.

Leur exemple est suivi par Monell, de New-York, et par Bordier.

Brocq et Bisserié (*Traitement des Dermatoses*, 1898) préconisent dans les cas de lichénification l'électricité statique sous forme de bains et d'effluves. Si le bain statique a un effet physiologique, l'action de l'étincelle appliquée au niveau de la lésion elle-même influence la sensibilité, détermine des phénomènes vaso-moteurs et nerveux.

Dans les cas favorables au bout de cinq ou six séances d'effluvations la démangeaison diminuait jusqu'à cessation complète. La peau reprenait peu à peu son aspect normal, ne conservant qu'une pigmentation légère assez persistante.

Les auteurs ajoutaient que chaque individu apporte vis-à-vis de l'électricité, comme de toute autre médication d'ailleurs, sa susceptibilité individuelle, une sorte d'idiosynérasie. Disons tout de suite qu'une telle hypothèse n'est plus guère admise aujourd'hui, pas plus pour l'électricité que pour les rayons X. Le tout est une question de dosage prudent.

Le traitement consistait en moyenne, pour Brocq et Bisserié, d'abord en bains statiques simples pendant 4 ou 5 séances ; puis en effluvations quotidiennes dirigées sur les points prurigineux, d'une durée de dix minutes pendant les premiers jours, de vingt-cinq à trente minutes après la première semaine.

Dans les cas de névrodermite le traitement complet nécessitait à peu près 30 ou 40 séances, quelquefois moins, d'autres fois plus.

La Franklinisation ne tint malheureusement pas toutes les espérances qu'on avait fondées sur elle, et Legros, dans sa thèse, en 1899, lui préfère les courants de haute fréquence.

B) **Haute fréquence.** — En même temps que l'on avait remis en honneur la franklinisation dans le traitement des dermatoses et de la névrodermite en particulier, les travaux de d'Arsonval sur les cou-

rants de haute fréquence en permettaient l'application à ces affections.

Oudin le premier, en 1896, signale à la Société de Dermatologie l'emploi des courants de haute fréquence et de haute tension, sous forme d'effluves ou d'étincelles.

Bisserié deux ans plus tard traite les prurits avec lichénification avec de remarquables résultats, les phénomènes subjectifs les plus intenses cédant ordinairement en quelques séances.

Puis Legros signale des guérisons de névrodermites circonscrites par des applications, *loco dolenti*, d'effluves ou d'étincelles, ces dernières étant plus douloureuses, mais semblant abréger notablement la durée du traitement.

Néanmoins à côté de guérisons formelles, des insuccès sont avoués et c'est ce qui explique que peu à peu la méthode semble céder le pas à la radiothérapie.

Mais pourtant elle continue à être utilisée de concert avec elle. Chemin faisant elle subit quelques perfectionnements de technique et d'appareillage.

Après les électrodes du début, supportées par le manchon de Bisserié, on vit apparaître des électrodes condensatrices de modèles différents, l'électrode à vide de Mac Entyre.

En 1912 Tomkinson affirme que l'emploi de cette dernière dans la névrodermite, renouvelé deux ou trois fois par semaine pendant un temps suffisant pour produire un érythème transitoire, permet, dans

la plupart des cas, avec l'adjonction d'un traitement général et local, de guérir l'affection.

Donc, bien que cette médication se montre assez souvent insuffisante, elle mérite malgré tout d'être conservée. Et si quelquefois elle devra être abandonnée pour la radiothérapie, envers laquelle on a pu prétendre qu'elle sensibilisait des téguments, elle reste encore indiquée dans des cas de placards larges et multiples, dépassant la zone maniable de la radiothérapie.

C) **Radiumthérapie et radiothérapie.** — C'est à dessein que nous associons dans un même chapitre ces deux thérapeutiques : l'une et l'autre doivent être mises sur un même plan, et la cause en est la similitude de leur action. Toutes deux constituent une ressource précieuse dans le traitement du lichen simple chronique, comme de tant d'autres dermatoses. Et si actuellement la radiumthérapie semble dans notre cas particulier délaissée au profit de la radiothérapie, sa sœur aînée de quelques années, il n'y faut voir que la nécessité de conserver un métal rarissime pour des affections nécessitant un traitement exceptionnellement actif.

a) *Radiumthérapie.* — C'est en 1906 que Wickham en France, dans ses « quelques notes sur l'emploi du radium en thérapeutique », cite parmi tout un groupe de lésions ayant bénéficié de cette méthode, 5 cas de névrodermite circonscrite, avec une apparence de guérison complète, et insiste sur l'action analgésique observée très rapidement.

Mais c'est principalement en 1909 que Wickham apporte avec Degrais au Congrès International de Médecine un compte rendu très complet de l'emploi du radium dans le traitement des tumeurs et des affections rebelles de la peau. Les névrodermites en particulier sont très heureusement modifiées sans inflammation. Ils se servent de rayonnements composés surtout de rayons de moindre pénétration qui ne sont pas nécessairement révulsifs et destructeurs. Toutes les formes de névrodermites ont été traitées par eux : névrodermites à type de lichénfication circonscrite primitive, névrodermites localisées à disposition symétrique, névrodermite eczémateuse de la face chez les enfants, névrodermites kératosiques de la paume des mains et de la plante des pieds.

Les résultats sont obtenus par des applications de quatre à cinq minutes, tous les jours, pendant trois jours consécutifs. Et voici leurs conclusions :

1° Les résultats favorables sont extrêmement nombreux, sinon constants;

2° L'amélioration est extrêmement rapide, dans la huitaine qui suit les applications ;

3° Quand les récidives se produisent, elles sont beaucoup plus légères que la première attaque et cédant plus aisément à une application nouvelle.

Il est impossible d'être plus catégorique. Il est certain que le radium est contre la névrodermite une arme puissante. Tous les auteurs qui l'ont essayé par la suite sont d'accord là-dessus. Tout récemment encore en Espagne Sains de Aza en vantait l'excel-

lence, avec cette restriction que les rayons du radium sont inférieurs aux rayons X lorsqu'il s'agit de provoquer la disparition du prurit.

En tout cas c'est une arme peu pratique.

2° *Radiothérapie.* — Sjögren et Lederholm en 1900-1901 et surtout Scholtz en 1902 semblent avoir été les premiers à appliquer les rayons X au traitement des lichens.

W.-L. Heeve, Zeisler, Mac Leod en Amérique, Ullmann à Vienne, publient un petit nombre de cas de ces affections traitées par les rayons Rœntgen.

Willian en signale d'autres dans son *Traité des Rayons X en Médecine et Chirurgie*, en 1903

Enfin Belot en 1904, annonce six cas de lichénification traités de cette façon avec des résultats très encourageants.

Pour lui il s'agit de faire absorber à la peau le plus vite possible la quantité de rayons nécessaire pour obtenir la guérison, si cette quantité est compatible avec l'intégrité des téguments ; si elle ne l'est pas, il faut donner à chaque séance ou à chaque série de séances la dose la plus élevée compatible avec l'intégrité de la peau, séparer chaque nouvelle application par un intervalle de dix à vingt jours de repos et ne recommencer que si la réaction est calmée ou en décroissance.

Il donne d'ordinaire 5 à 6 unités Holtzknecht en une séance avec des rayons de pénétration n° 4 ou n° 5 au radiochromomètre de Benoist. En moyenne trois ou quatre séances sont le plus souvent suffi-

santes. Le prurit est très souvent calmé après une première application, presque toujours après la seconde ; puis les téguments se désinfiltrent, et il ne subsiste après la série complète qu'une pigmentation légère.

Puis, jusqu'à la fin de 1906, à part un autre cas de Belot, la littérature médicale semble muette, aussi bien en France qu'en Allemagne et dans les pays de langue anglaise.

Ce n'est qu'en 1907 que Leredde et Martial publièrent quatorze observations de lichens simples traités par les rayons X. Sauf dans deux cas, les doses de rayons appliquées sur les lésions ne dépassèrent jamais 4 H pour un traitement. Ces 4 H furent donnés, soit d'un seul coup, soit par doses fractionnées de 1 ou 2 H. Si un deuxième traitement fut nécessaire, l'intervalle de temps fut toujours de quinze jours, et quelquefois de plus longue durée. Les rayons employés furent de qualité 5 ou 6 au radiochromomètre de Benoist.

Sur ces 14 cas de lichen simple, les auteurs signalent 7 guérisons totales, 2 guérisons partielles, 2 améliorations et 2 échecs.

En 1910 Adamson traite un lichen simple chronique de Vidal durant depuis huit ans, à lésions symétriques, par les rayons X. Après une dose d'une seule pastille de Sabouraud les démangeaisons furent calmées en peu de jours et l'infiltration se dissipa au bout de trois à quatre semaines. A ce propos il ajoute que, si d'autres applications sont nécessaires,

il faut les espacer d'un mois à six semaines.

En 1912, dans leur travail « sur les rayons Rœntgen en dermatologie, Max Joseph et Conrad Siebert arrivent à cette conclusion que pour les eczémas en plaques, et en particulier par le lichen simple chronique de Vidal, les rayons X obtiennent des succès complets. Pour cette dernière affection, les téguments reçoivent trois doses, chacune des trois étant la dose érythémateuse, à une semaine d'intervalle. Les auteurs se servent pour la mesure de la pastille de Sabouraud, une pastille et quart correspondant à la dose érythémateuse.

En 1912, au Congrès Annuel, les dermatologistes anglais, sous la présidence de Sir Maleolm Morris, se mettent d'accord pour affirmer que les deux meilleures modes de traitement sont la radiumthérapie et la radiothérapie.

Moutot et Jobert de Beaujeu, un an plus tard, combinent les scarifications quadrillées et la radiothérapie (4 H à 5 H par séance), avec de beaux résultats obtenus en deux séances espacées de trois semaines à un mois.

Puis c'est Darbois qui, en 1913, signale que les prurits circonscrits avec lichénification sont souvent rebelles à l'électricité statique et à la haute fréquence. La radiothérapie par contre y produit de remarquables effets, toujours par doses assez fortes de 4 H avec rayons 6 ou 7 au radiochromomètre de Benoist. En six ans, il a traité 35 cas avec 5 récidives seulement, les insuccès provenant d'une

cause d'irritation chronique (diabète, incontinence d'urine, etc.).

D'autre part, dans la même année, un auteur japonais, Dohi vante dans le traitement du lichen simple par les rayons X, les petites doses de 1/3 à 1/2 dose érythémateuse, c'est-à-dire 2 H à 2 H 1/2 données en une seule ou en plusieurs séances (jusqu'à 5 séances), celles-ci étant espacées d'une semaine environ.

A partir de cette époque se fait une raréfaction des publications sur la question. D'autres préoccupations plus urgentes s'emparent de l'attention des dermatologistes et des radiologistes. Pourtant un journal uruguayen, dans un article signé de Brato Foresti, préconise en 1917 la radiothérapie à faibles doses espacées dans le traitement des eczémas rebelles et des cas de lichénification avec prurit intense.

Si l'on fait la critique de ces différents travaux, voici ce qui ressort :

1° La majorité des auteurs, suivant en ceci les principes énoncés par Belot dès 1904, cherchent dès le début à frapper vite et fort, au moyen d'une dose assez élevée, de 4 H au moins, et parfois de 5 H. Quant à l'intervalle de temps à laisser entre deux séances, si une première s'est montrée insuffisante, il est assez variable selon les auteurs : une semaine seulement pour Mac Joseph et Conrad Siebert ; au moins quinze jours, et bien plutôt, trois, quatre, cinq et six semaines pour les autres. C'est d'ailleurs une

question d'espèce et l'essentiel, comme le disait dès le début Belot, est de ne recommencer que lorsque la réaction est calmée ou que l'on juge pour le moins qu'elle est en décroissance d'une façon suffisamment marquée.

2° Plus récemment d'autres auteurs, comme Dohi, Brato Foresti, et, dans certaines circonstances, Leredde et Martial eux-mêmes, semblent avoir une préférence pour les doses plus faibles et plus souvent répétées.

3° Tous sont d'accord, en ce qui concerne la qualité des rayons, pour utiliser les rayons moyens, marquant de 4 à 7 au radiochromomètre de Benoist.

Il nous reste maintenant à présenter les quelques cas que nous avons eus la bonne fortune d'observer, à côté d'un plus grand nombre que nous devons à l'extrême obligeance de MM. Cottenot et Nahan.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (lichen simple chronique)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot.)

M. M... Jacques, employé, âgé de vingt-huit ans, présente depuis trois mois un placard de lichénification sur la nuque, un autre sur le périnée. Lésions très prurigineuses, surtout le soir. A essayé différents traitements par des agents chimiques, sans résultats.

Vient consulter le 24 juillet 1919.

Le 26 juillet, on lui fait une première séance d'effluvations d'une durée de huit minutes.

Ces séances sont renouvelées trois fois par semaine les 29-31 juillet et les 2-5-7-9 août.

Dès la deuxième séance le prurit diminue. Il disparaît après la cinquième. Après la septième le malade est guéri.

OBSERVATION II (lichen simple chronique)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot.)

Mme P... Amélie, journalière, âgée de cinquante-quatre ans, présente un placard de lichen simple chronique au niveau de la région lombaire droite, durant depuis plus d'un an, avec grosse infiltration des téguments.

Vient consulter le 9 février 1919.

Elle reçoit, trois fois par semaine, six séances d'effluvations, de dix minutes de durée chacune, pendant le mois de février et dix séances pendant le mois de mars.

Le 28 mars, le prurit a complètement disparu et les téguments ont presque recouvré leur coloration et leur souplesse normales. Guérison.

OBSERVATION III (névrodermite)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot.)

Mme D..., âgée de vingt-huit ans, présente des placards multiples de lichénification sur les deux bras, au niveau du pli du coude gauche et du poignet droit. C'est au niveau du poignet que l'infiltration est la plus accentuée Toutes ces lésions sont le siège de démangeaisons continuelles et présentent des excoriations dues au grattage.

Vient consulter le 21 janvier 1910. Ce jour même, on lui fait 4 H filtrés sur la plaque du poignet droit ; des effluves sur les autres lésions.

Nouvelles séances de haute fréquence le 28 et le 31.

Le 2 février, on note un aplatissement de la lésion traitée par les rayons X. On reprend le même point avec 3 H. Effluves sur les autres parties.

Les 7-9-11 février, séances d'effluvations.

Le 14 février, les phénomènes subjectifs ont presque disparu. La lésion du poignet présente une grosse amélioration, on refait néanmoins 3 H et une séance d'effluves. Guérison.

OBSERVATION IV (Névrodermite)

(Communiquée par M. le Dr Nahan)

M. B... Maurice, quarante ans, vient consulter le 2 décembre 1918, pour une plaque de lichénification du sillon interfessier, très prurigineuse, excoriée et légèrement suintante.

Le 4 décembre, on fait sur la lésion 5 H sous un filtre de 6 millimètres.

Le malade revient le 24 décembre. Le suintement a disparu après la séance de radiothérapie et la démangeaison a diminué, chose que depuis quatre mois aucun agent chimique, n'avait pu faire.

Le 24 décembre, 5 H filtrés.

Le 29 janvier 1919, la lésion est en très bon état et l'on cesse le traitement.

Rayons n° 6 au radiochromomètre de Benoist.

OBSERVATION V (Lichen simple chronique)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

M. L... Georges, mécanicien, cinquante-deux ans, pré sente depuis plusieurs mois un placard de lichénification de la face interne du tiers inférieur de la cuisse gauche.

Le 27 novembre 1918 on fait sur la lésion 5 H nus (rayons 7).

Le malade revient en janvier grandement amélioré.

Le 14 janvier 1919, on refait 5 H nus.

Guérison.

OBSERVATION VI (Névrodermite)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

M. M... Guillaume, âgée de cinquante-sept ans, employé de chemins de fer, consulte le 17 juin 1919 pour un placard de névrodermite circonscrite typique de 5 centimètres de longueur, sur trois de largeur, située dans la région iliaque droite, avec lichénification, épaississement, teinte rosée, traces de grattage, prurit très marqué, surtout la nuit

Application de radiothérapie radiculaire :

Le 19 juin, 2 H avec filtre $\frac{3o}{10^{mm}}$ (rayons 6) à la région lombo sacrée.

Dans la nuit du 19 au 20 juin, la démangeaison est moins vive. La nuit suivante il y a eu une très grosse amélioration, et le 21 la malade, de retour, avoue ne plus rien sentir.

Le prurit étant reparu légèrement le 22. on lui fait une deuxième séance de radiothérapie radiculaire : le 23 juin, 2 H filtrés.

A la suite de cette séance guérison complète.

OBSERVATION VII (Névrodermite)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

Mme L... Clémence, femme de chambre, quarante ans. Présente deux placards de névrodermite sur chaque côté du cou.

Le 12 juillet 1919 5 H nus (rayons 7) sur chaque côté du cou.

La malade revient guérie le 27 septembre.

OBSERVATION VIII (Névrodermique eczématisée)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

Mme O..., cinquante-deux ans, présente depuis six mois un placard de névro dermite eczématisé de la nuque. Vient à la consultation en juillet 1918.

Le 27 juillet 1918,4 H nus sur la nuque (rayons 6).

La malade très améliorée par le premier traitement retourne en province.

Revient au bout d'un an, le 2 juillet 1919, se plaignant de nouveau de prurit à la nuque, depuis douze jours environ. Elle présente un placard de lichénification grand comme une paume de main.

Traitement : le 2 juillet 3 H nus.

La démangeaison cesse trois jours après.

Le 7 juillet, 2 H nus.

Guérison.

OBSERVATION IX (Eczéma lichénifié)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

M. S... Julien, quarante et un ans. Placard de la face antérieure de la jambe gauche datant de un an, très prurigineux, rebelle à des traitements variés ; un placard sur le bras droit, un autre sur le bras gauche.

Le 14 octobre, 2 H nus sur la lésion de la jambe (rayon 5).

Le 16 octobre,2 H nus sur la lésion de la jambe (rayon 5).

Le 23 octobre,2 H nus sur la lésion de la jambe (rayon 5).

Le malade revient le 11 novembre. Le prurit a bien dimi-

nué au niveau de la jambe,mais n'a pas complètement cessé. La peau est encore infiltrée. On fait alors :

Le 11 novembre, 4 H nus sur la jambe gauche.

Le 12 novembre, 4 H nus sur le bras droit.

Le 12 novembre, 4 H nus sur le bras gauche.

Guérison.

OBSERVATION X (Prurit avec lichénification)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

Mme L... Rosa, soixante-sept ans. Prurit anal durant depuis quatre ans. Un peu de lichénification, avec une petite ulcération due au grattage. Traitée à Saint-Louis depuis un mois par des pommades sans résultat.

Le 5 avril, 5 H nus (rayons 6).

Reprise du prurit vers le 15 mai, entretenu probablement par quelques pertes vaginales. Injections antiseptiques.

Le 31 mai, 3 H.

Guérison.

OBSERVATION XI (Eczéma lichénifié)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

M. D... Gaston, présente de l'eczéma lichénifié des plis articulaires des coudes droit et gauche et du creux poplité gauche durant depuis plusieurs mois, très pénible. Excoriations dues au grattage.

Le 17 juin 1919,5 H nus sur chaque placard : coudes droit et gauche et creux poplité (rayons 6).

Même traitement le 19 juillet, l'amélioration étant peu notable. Prurit néanmoins en décroissance.

Le 9 août la lésion du creux poplité est en bonne voie.

On refait 5 H nus sur les plis du coude droit et gauche.

Guérison.

OBSERVATION XII (Névrodermite)

(Communiquée par M. le Dr Cottenot)

Mme B... Marcelle, vingt-huit ans, vient consulter le 28 mai 1919 par deux placards de névrodermite circonscrite situés, l'un sur la région cervicale droite, l'autre sur la région supérieure du creux sus-claviculaire droit.

Le 28 mai, 5 H nus sur les deux lésions (rayons 6).

Amélioration du prurit, mais persistance de lichénification et de la pigmentation.

Le 28 septembre, 5 H nus sur les deux placards.

Le 19 novembre, même traitement.

Le 3 janvier 1920 les téguments sont plus souples. 4 H nus seulement.

Enfin le 7 février la peau est redevenue à peu près normale, sauf en un point de la région cervicale droite sur lequel on fait une dernière séance de 4 H nus.

Un mois après guérison complète.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Névrodermite.

M. C... Adrien, cinquante ans. Grand placard de lichénification de la fesse droite, datant de dix-huit mois.

26 février 1910 : 1 H nu (rayons 6).

27 février — 1 H nu.

28 février — 1 H nu.

1er mars — 1 H.

2 mars — 1 H.

Revient le 23 mars. L'amélioration du prurit s'était montrée dès la première séance. Il a complètement cessé, sauf en un point dans la partie externe. On refait à cet endroit le 23 et le 26 mars 1 H nu.

Guérison complète dix jours après.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Prurit circonscrit avec lichénification.

M. D... Edmond, quarante-quatre ans. Prurit circonscrit du scrotum avec lichénification datant de six à sept ans.

9 mars 1920 : 1 H nu (rayons 6).

10 mars — 1 H.

12 mars — 1 H.

Le prurit a complètement disparu dès le premier jour.

Guérison complète à la suite de la troisième séance.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Névrodermite.

M. P... Jacques, âgé de trente-cinq ans. Placard de lichénification circonscrite au niveau du creux poplité de la jambe droite, datant de dix ans. Zone centrale infiltrée ; zone péri-

phérique présentant quelques papules. Prurit intense surtout la nuit. Excoriations dues au grattage.

Depuis les trois derniers mois a essayé sans succès des préparations chimiques, en particulier l'huile de Cade.

9 février 1920. — On fait une première dose de 5 H filtrés $\frac{14}{06}$ sur la région malade. Rayons de 6. Benoist.

Revu le 2 mars. Le prurit a diminué, mais persiste. Les téguments sont un peu moins épais. On refait 5 H administrés de la même manière.

20 mars. — Disparition presque complète du prurit. La peau reprend sa souplesse. On refait néanmoins 4 H toujours filtrés.

Guérison.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Névrodermite.

Mlle A... Jeanne, vingt-deux ans. Placard de névrodermite circonscrite sur la nuque du côté droit. Prurit intense, nettement antérieur à l'éruption. Lésion de forme ovalaire, de 5 centimètres sur 3.

10 mai. — La malade reçoit une dose de 3 H nus (rayons 6).

Revient le 25. Grosse amélioration de la lichénification. La peau a repris sa souplesse. Il ne persiste qu'une très légère pigmentation. Mais la malade se plaint encore du prurit, très en décroissance pourtant.

D'autre part, la malade, qui fait abus de café et n'a pas suivi le régime prescrit à la première séance, a fait de nou-

veaux placards au niveau du poignet droit et de la main droite.

On refait sur chacune des lésions une dose de 3 H nus.

Encore en cours de traitement.

Si nous comparons maintenant entre elles toutes les observations ; nous voyons que les deux premières ont trait à la médication par la haute fréquence. Celle-ci appliquée uniquement sous forme d'effluvations agit remarquablement vite dans un cas (obs. I), où la guérison survint en six séances ; plus lentement dans l'autre (obs. II), où seize séances furent nécessaires.

L'observation III montre bien l'avantage de la haute fréquence dans le cas de placards multiples de lichénification. Si la radiothérapie fut en effet utilisée avec succès sur l'un de ces placards, huit séances d'effluves eurent facilement raison des autres.

Les treize autres observations ont trait à la radiothérapie. Qu'elle soit appliquée sur des lésions typiques de névrodermite circonscrite chronique (11 cas), ou sur des eczémas lichénifiés (2 cas), les résultats furent identiques, comme le faisait prévoir d'ailleurs la similitude des lésions elles-mêmes. Peut-être pourrait-on dire cependant que l'amélioration se montre d'ordinaire moins rapide dans les cas d'eczéma lichénifié, puisqu'il ne fallut pas moins de sept séances de rayons (obs. IX), avec une dose totale de 18 H, pour le premier cas ; et trois séances avec une dose totale de 15 H pour le second (obs. XI).

Quant aux doses données en une seule séance, elles furent variables d'un cas à l'autre. Le plus souvent on eut recours au procédé classique des doses fortes, de 4 H à 5 H, répétées toutes les trois semaines ou tous les mois. Une seule fois une seule séance fut suffisante (obs. VII). Deux séances amenèrent la guérison dans 3 cas (obs. IV, V, X). Il en fallut trois dans les observations VIII, XI et XV, davantage encore dans deux lésions rebelles (obs. IX et XII). Presque toujours à la deuxième ou à la troisième séance les doses furent moins fortes, de 4 H et de 3 H.

D'autre part dans 2 cas (XIII et XIV) les petites doses de 1 H répétées tous les jours ont amené une sédation très rapide des phénomènes subjectifs et une prompte amélioration de la lésion cutanée. Donc, il semble que cette méthode doive être tentée tout d'abord, puisqu'elle donne les mêmes beaux résultats que les doses fortes. Elle présente en effet le maximum de garanties : on donne, au total, ce qu'il faut et on ne donne que ce qu'il faut.

Dans tous les cas, rayons mous de 5 à 7 au radiochromomètre de Benoist, rarement filtrés (2 cas). Une seule récidive est notée (obs. VIII) ; elle céda d'ailleurs à deux applications.

Enfin nous devons mettre tout à fait à part l'observation VI qui concerne le traitement d'un placard de névrodermite par la radiothérapie radiculaire.

Deux doses de 2 H filtrées $\frac{3o}{10^{mm}}$ données à quatre

jours d'intervalle furent suivies d'un succès complet. L'application fut faite à la région lombo-sacrée pour un placard de lichénification siégeant à la région iliaque.

La radiothérapie radiculaire a déjà d'ailleurs fait ses preuves et l'on peut affirmer qu'elle rend de grands services dans le cas de névrodermite circonscrite des membres, avec plaques de lichénification multiples ; l'application d'une seule dose au niveau d'une région radiculaire bien localisée y remplace heureusement de multiples applications locales.

En résumé, sur ces 16 cas, nous ne notons aucun insuccès. C'eût été assez pour prouver l'excellence de la méthode, si une telle chose n'était connue depuis longtemps déjà. Nous avons tenu néanmoins à illustrer une fois de plus cette vérité par des exemples, en notant au passage certains détails qu'il nous a paru bon de signaler.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement général est indispensable pour faciliter la guérison et prévenir les récidives de la névrodermite circonscrite chronique, *alias* lichen simple chronique de Vidal ou prurit circonscrit avec lichénification.

II. — Le traitement local par les agents chimiques donne des résultats tellement inconstants qu'il doit céder le pas au traitement local par les agents physiques : haute fréquence, radiumthérapie, radiothérapie.

III. — Les courants de haute fréquence et de haute tension, appliqués sous forme d'effluves, sont indiqués dans les cas de placards de lichénification étendus et multiples.

IV. — La radiumthérapie est très efficace, mais peu pratique.

V. — La radiothérapie est le traitement de choix. Que les rayons X soient donnés par doses fortes et espacées, ou mieux peut-être par doses petites et rapprochées, que dans certains cas l'on ait même recours à la radiothérapie radiculaire, cette médication agit remarquablement sur le prurit, symptôme capital et cause première de l'affection ; elle donne des résultats excellents, souvent prompts, dans la très grande majorité des cas, sinon d'une façon constante.

BIBLIOGRAPHIE

Adamson. — Un cas de lichen simple chronique traité par les rayons X (Proceeding of Royal Soc. mal. of London, Dermat. Sect., janvier 1910, p. 41).

Arndt. — Leucopathie nach Neurodermitis chronica circumscripta (Dermat. Zeitsch., 1907, p. 516).

Arning. — Présentation d'un cas de névrodermite Brocq (A. f. D., avril 1912, p. 418).

Bazin. — Traité des maladies de la peau.

Belot. — Traité de Radiothérapie.

Brato-Foresti. — Traitement de l'eczéma par les rayons X (Rev. medica del Uruguay, 8 août 1917, p. 454).

Brocq et Bisserié. — Traitement des Dermatoses, 1898.

Brocq-Lichens. — Pratique dermatologique, 1902.

Brocq. — Le lichen simple chronique ou prurit circonscrit avec lichénification (Revue médicale de clinique et thérap., 4 janvier 1908).

— Dermatologie pratique, 1908).

Brocq et Pautrier. — Quelques formes normales de lichénifications (Congrès internat. de Médecine, 1909).

Burmeister. — Lichen Brocq. A. f. D., 1903, t. LXIV, p. 420.

Carle. — L'huile de Cade dans le traitement du lichen simple chronique (Lyon médical, octobre 1903).

Cazenave. — Abrégé pratique des maladies de la peau.

Degrais. — Eczéma lichénoïde chronique de la face traité par le radium (la Clinique, mars 1909, p. 187).

Darbois. — Prurits circonscrits rebelles; leur traitement par les rayons X (Soc. méd. du VI^e^ arrond., 27 janvier 1913).

Devergie. — Traité pratique des maladies de la peau.

Dore. — Cas de lichénification circonscrite (P. S. of London, Derm. Sect., 20 juin 1912, p. 147).

Dufour. — Névrodermite (Bull. Soc. méd. des Hôp., novembre 1905, p. 885).

Dohi. — Cas traités par les Rayons Rœntgen (Lichen, etc.). (Japon. Zeit. f. Dermat. und U., novembre 1911, p. 1203).

— Deux cas de Lichen simple chronique de Vidal traités par les Rayons Rœntgen (Jap. Zeit. f. Derm. und Urol., août 1913, p. 719).

Gougerot. — Traitement des dermatoses non irritables par les bains médicamentaux réducteurs (Paris médical, 8 février 1913, p. 251).

Hebra. — Traité des maladies de la peau.

Hardy. — Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.

Herxheimer. — Préparations histologiques d'un cas de névrodermite (Münch. Mediz. Zeit., 26 novembre 1912).

Heller. — Traitement d'un cas de lichen chronique par la neige carbonique.

Hudelo. — Prurits et Prurigos (Traité de thérapeutique d'Albert Robin, 1911).

Kaestle. — Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfoldenger Rœntgenbestrahlung (Munch. Med. Zat., 21 novembre 1911).

Leredde et Martial. — Radiothérapie du lichen simple et du lichen plan (Rev. prat. des mal. cut. et vén., mars 1907, p. 76).

Lipschütz. — Un cas de névrodermite circonscrite (Brocq) à forme linéaire (A. f. D., septembre 1909, p. 131).

Legros. — Traitement des prurits par l'électricité statique et les courants de haute fréquence. Thèse Paris, 1899.

Mibelli. — Un cas de névrodermite circonscrite chronique linéaire (Io. Experimentale, 1904, t. I)

Mox (Joseph) et Conrad Siebert. — Rayons Rœntgen en

Dermatologie (Deutsche mediz. Woch., 11 janvier 1911).

Moutot et Jobert de Beaujeu. — Traitement de la névrodermite circonscrite chronique par la radiothérapie sur scarifications (Soc. méd. des Hôp. Lyon, décembre 1913).

Oudin. — Emploi des courants de haute fréquence dans les affections cutanées (Soc. de Derm., avril 1896).

Poirier. — Traitement du lichen simple chronique par l'huile de Cade. Thèse de Lyon, 1902-1903.

Rayer. — Traité théorique des maladies de la peau.

Sains de Aza. — Traitement de l'eczéma lichnoïde par le radium et les rayons X (La Medicina Ibera, 29 mars 1919).

Schlotz. — Sur l'action des rayons Rœntgen sur la peau à l'état sain et malade (A. f. D., septembre 1912).

Schluehtlcen. — Névrodermite chronique (XXXIV[e] Congrès de la Soc. de Derm. des Pays-Bas, 7 janvier 1912).

Tomkinson. — Vacuum Electrode in Neurodermitis (80 the. Annual meeting of the British med. Assoc., 19 juillet 1912).

Vignolo Lutati. — Sur 1 cas de névrodermite linéaire psoriasiforme (G. I. M. V., mars 1911, p. 41).

Wickham. — Quelques notes sur l'emploi du radium en thérapeutique (Ann. de Derm., octobre 1906).

Wickham et Degrais. — Emploi du radium dans le traitement des tumeurs et affections rebelles de la peau et des muqueuses (Congrès int. de Médecine, 1909).

Willian. — Traitement par les Rayons X en Médecine et en Chirurgie, 1913).

Vu : le Président de la thèse,

JEANSELME

Vu le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4703-20